

ЛИТЕРАТУРА

1. Arnold A.Z. Coronary artery disease in young women: risk factor analysis and long-term follow-up / A.Z. Arnold, D.S. Moodie // *Cleve. Clin. J. Med.* — 1993. — Vol. 60, N 5. — P. 393-398.
2. Bittner V. Perspectives on Dyslipidemia and Coronary Heart Disease in Women // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2005. — Vol. 46. — P. 1628-1635.
3. Buchthal S.D. Abnormal myocardial phosphorus-31 nuclear magnetic resonance spectroscopy in women with chest pain but normal coronary angiograms / S.D. Buchthal, J.A. den Hollander, C.N. Merz et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2000. — Vol. 342. — P. 829-835.
4. Bugiardini R. Angina with "normal" coronary arteries: a changing philosophy / R. Bugiardini, C.N. Merz // *JAMA.* — 2005. — Vol. 293. — P. 477-484.
5. Coronado B.E. Hospital mortality in women and men with acute cardiac ischemia: a prospective multicenter study / B.E. Coronado, J.L. Griffith, J.R. Beshansky, et al // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1997. — Vol. 29. — P. 1490-1496.
6. Gurevitz O. Clinical profile and long-term prognosis of women < or = 50 years of age referred for coronary angiography for evaluation of chest pain / O. Gurevitz, M. Jonas, V. Boyko, B. Rabinowitz, H. Reicher-Reiss // *Am. J. Cardiol.* — 2000. — Vol. 85, N7. — P. 806-809.
7. Johnson B. D. Prognosis in Women With Myocardial Ischemia in the Absence of Obstructive Coronary Disease. Results From the National Institutes of Health-National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) / B. D. Johnson, L.J. Shaw, S. D. Buchthal // *Circulation.* — 2004. — Vol. 109. — P. 2993-2999.
8. Maseri A. Endorsed by the American College of Cardiology Women's Ischemic Syndrome Evaluation. Current Status and Future Research Directions: Report of the National Heart, Lung and Blood Institute Workshop: October 2-4, 2002: Perspective: New Frontiers in Detection of Ischemic Heart Disease in Women // *Circulation.* — 2004. — Vol. 109. — e62-e63.
9. Ridker P.M. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14,719 initially healthy American women / P.M. Ridker, J.E. Buring, N.R. Cook, N. Rifai // *Circulation.* — 2003. — Vol. 107. — P. 391-397.
10. Robertson R. M. Women and cardiovascular disease: the risks of misperception and the need for action // *Circulation.* — 2001. — Vol. 103. — P. 2318.
11. Seils D.M. Sex differences in the referral process for invasive cardiac procedures / D.M. Seils, J.Y. Friedman, K.A. Schulman // *J. Am. Med. Women's Assoc.* — 2001. — Vol. 56. — P. 151-154.
12. Shaw L. J. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation Women's Ischemic Syndrome Evaluation Current Status and Future Research Directions: Report of the National Heart, Lung and Blood Institute Workshop: October 2-4, 2002: Section 5: Gender-Related Risk Factors for Ischemic Heart Disease / L.J. Shaw, J.F. Lewis, M.A. Hlatky // *Circulation.* — 2004. — Vol. 109. — e56-e58.
13. Zimmerman F.H. Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis (Coronary Artery Surgery Study Registry / F.H. Zimmerman, A. Cameron, L.D. Fisher, G. J. Ng // *Am. Coll. Cardiol.* — 1995. — Vol. 26, N 3. — P. 654-661.
14. Zebrack J.S. C-reactive protein and angiographic coronary artery disease: independent and additive predictors of risk in subjects with angina / J.S. Zebrack, J.B. Muhlestein, B.D. Horne, et al // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2002. — Vol. 39. — P. 632-637.

FEATURES OF ISCHEMIC DISEASE OF HEART IN WOMEN

Eniseeva E.S., Kornilova I.A., Reut J.A., Hohrina T.P., Maksjuta E.V.
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Regional Hospital)

Results of studying of clinical features and risk factors of development of ischemic illness of heart (IIH) in women young and middle-aged are submitted. It fixed, that at combined influence of risk factors in women of these age-grades IIH educes which is characterized by high frequency of an atypical pain set of symptoms, absence of obstructive lesions of coronary arteries in 53,7 % of patients, more often development of an infarct without зубца Q.

© БАЛАБИНА Н.М. — 2006

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Н.М. Балабина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. — д.м.н., проф. Н.М. Балабина)

Резюме. Статья посвящена исследованию факторов риска неблагоприятного прогноза железодефицитной анемии. Установление факторов риска неблагоприятного прогноза для выздоровления больных ЖДА позволило рекомендовать мероприятия, направленные на достижение ремиссии этого заболевания.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, факторы риска, прогноз.

Согласно литературным данным считается, что лечение постгеморрагической железодефицитной анемии (ПГ ЖДА) является несложным [9, 11, 13, 14]. Высказываются предположения о том, что при отсутствии эффекта от лечения нужно думать о неправильно выбранной тактике лечения больно-

го [1, 3, 6, 8, 10].

проведен ретроспективный анализ исхода постгеморрагической ЖДА у 153 человек. Точкой отсчета являлся момент диагностики железодефицитной анемии у наблюдаемого. Продолжительность наблюдения составила 5 лет (60 месяцев), в течение которого производилась оценка наступления ремиссии. В качестве показателя, используемого для описания исхода ЖДА, использовалось число больных, у которых была достигнута ремиссия ЖДА (исчезали все клинические и лабораторные признаки ЖДА). При достижении у больного в момент осмотра нормативных показате-

Материалы и методы

С целью изучения неблагоприятных прогностических факторов, влияющих на исход ПГ ЖДА,

лей по уровню гемоглобина, сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови и коэффициента насыщения трансферрина больной считался выздоровевшим, при меньшем количестве — продолжающим болеть [2, 7, 12, 15]. Процент выздоровления наблюдался у больных с постгеморрагической формой ЖДА (80, 4%),

Результаты и обсуждение

Проведенное обследование позволило выделить 2 группы больных: группу без выздоровления — 69 (44,9%) и группу с выздоровлением — 84 (55, 1%) чел. В числе первой группы больных были 72% женщин и 28% мужчин. Среди пациентов группы больных без выздоровления было 76,2% с легкой степенью, 21,9% — среднетяжелой степенью и 1,9% — тяжелой ЖДА. Во второй группе пациентов с выздоровлением было 27,5% женщины и 72,5% мужчин. Из 84 пациентов второй группы 73,8% страдали легкой степенью, 22% — среднетяжелой степенью ЖДА и 4% — тяжелой формой ЖДА. Таким образом, процент больных с легкой, среднетяжелой и тяжелой степенью ЖДА в обеих группах статистически достоверно не отличался.

Процент больных с отсутствием показанной хирургической коррекции источника хронической кровопотери в первой группе (6,7%) достоверно не отличался от количества такового во второй группе (5,9%), $P > 0, 05$.

Средняя продолжительность ЖДА от момента ее диагностики до момента назначения препаратов железа — $9,4 \pm 2,5$ мес.

Причем, в первой группе пациентов «ЖДА без выздоровления», средняя продолжительность ЖДА от момента ее диагностики до момента назначения ферротерапии, составила $8,6 \pm 7,1$ месяцев. Во второй группе больных «ЖДА с выздоровлением», средняя длительность ЖДА от момента диагностики до момента начала ферротерапии, составила $9,8 \pm 5,2$ месяца. Разница между средней продолжительностью постгеморрагической ЖДА от момента ее диагностики до момента начала ферротерапии между первой и второй группами недостоверна ($P > 0, 05$).

Анализ обеих групп показал, что процент больных, продолжавших поддерживающее лечение препаратами железа, в первой группе статистически достоверно не отличался от второй группы (соответственно 68,4% и 71,6%). Следует отметить, что у 28,4% пациентов второй группы наступило выздоровление даже при отсутствии поддерживающей терапии.

Таким образом, можно предположить, что помимо лечения пациентов с хронической постгеморрагической ЖДА ферротерапией, существуют другие факторы, способствующие выздоровлению [4, 5, 16, 17].

На неблагоприятный прогноз постгеморрагической ЖДА оказывал влияние социальный статус пациента. Относительный риск не получить полной ремиссии постгеморрагической ЖДА у инвалидов составил 12, 5 ($X^2 - 20, 17$; $P < 0, 001$); у домохозяек — 4, 7 ($X^2 - 10,$

17; $P = 0, 001$). Риск неблагоприятного прогноза постгеморрагической ЖДА наблюдался у больных, имевших дефицит потребления меди ($rr - 4, 1$; $X^2 - 7, 42$; $P = 0, 028$), дефицит потребления гемового железа ($rr - 2, 8$; $X^2 - 4, 84$; $P = 0, 028$), дефицит потребления цинка ($rr - 2, 7$; $X^2 - 3, 85$; $P < 0, 05$), а также у лиц, потребляющих во время еды крепкий кофе в количестве более 300, 0 мл или крепкий чай в количестве более 750, 0 мл в день ($rr - 4, 7$ и $rr - 3, 4$ соответственно).

Факторами риска неблагоприятного прогноза постгеморрагической ЖДА являлись: наследственная отягощенность по болезням, сопровождающимся кровопотерей у матери ($rr - 6, 9$; $X^2 - 19, 621$; $P < 0, 001$), и ЖДА у матери ($rr - 5, 7$; $X^2 - 12, 831$; $P < 0, 001$), продолжающееся после диагностики ЖДА донорство ($rr - 8, 0$; $X^2 - 22, 765$; $P < 0, 001$). У женщин, кроме указанных факторов, неблагоприятное влияние на прогноз постгеморрагической ЖДА оказывали следующие факторы: более 3 абортов в анамнезе ($rr - 16, 1$; $X^2 - 35, 139$; $P < 0, 001$), более 3 родов ($rr - 11, 4$; $X^2 - 28, 007$; $P < 0, 001$), длительность лактации более года ($rr - 2, 6$; $X^2 - 4, 631$; $P = 0, 031$), перерыв между беременностями менее года ($rr - 2, 4$; $X^2 - 4, 005$; $P = 0, 045$).

При анализе сочетанных воздействий различных факторов на исход ЖДА с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена было установлено, что наиболее высокий ранг неблагоприятного для выздоровления течения постгеморрагической ЖДА у мужчин наблюдался при одновременном воздействии следующих факторов: инвалидности (9 ранг), продолжающегося донорства (8 ранг), наличия у матери болезней, сопровождавшихся кровопотерей (ранг 7), отягощенной наследственности по ЖДА у матери (ранг 6), дефицита потребления меди (ранг 5). $R_s = 0, 69$; $P < 0, 05$ (рис. 1).

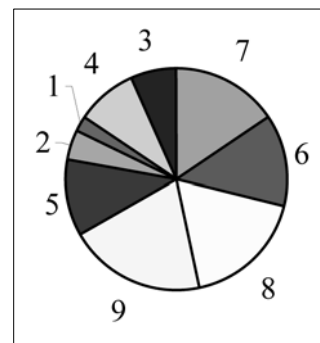


Рис. 1. Ранжирование факторов риска по степени их влияния на исход постгеморрагической ЖДА у мужчин (1 — дефицит потребления цинка, 2 — дефицит потребления гемового железа, 3 — потребление кофе во время еды в количестве более 300 мл в день, 4 — потребление чая во время еды в количестве более 750 мл в день, 5 — дефицит потребления меди, 6 — ЖДА у матери, 7 — наличие кровопотери у матери, 8 — донорство, 9 — инвалидность).

У женщин наиболее неблагоприятный прогноз постгеморрагической ЖДА отмечался при одновременном действии следующих факторов: наличие более 3 абортов в анамнезе (ранг 13), более 3 родов (ранг 12), инвалидности (ранг 11). $R_s = 0, 71$; $P < 0, 05$ (рис. 2).

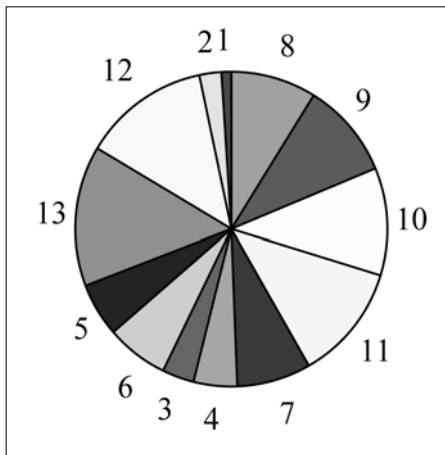


Рис. 2. Ранжирование факторов риска по степени их влияния на исход постгеморрагической ЖДА у женщин (1 — перерыв между беременностями менее года; 2 — длительность лактации менее года; 3 — дефицит потребления цинка; 4 — дефицит потребления гемового железа; 5 — потребление кофе во время еды в

количестве более 300 мл в день; 6 — потребление чая во время еды в количестве более 750 мл в день; 7 — дефицит потребления меди; 8 — ЖДА у матери; 9 — наличие кровопотерь у матери; 10 — донорство; 11 — инвалидность; 12 — более 3 родов; 13 — более 3 абортов).

Таким образом, неблагоприятный прогноз постгеморрагической ЖДА у мужчин наблюдался при сочетанном действии продолжающихся кровопотерь, наследственной отягощенности и дефицита потребления меди. У женщин наиболее неблагоприятный прогноз постгеморрагической ЖДА отмечался при одновременном действии таких факторов как частые аборты, более 3 родов, плохое соматическое состояние, приводящее к инвалидизации женщины, и донорство. Установление факторов риска неблагоприятного прогноза для выздоровления больных ЖДА позволило рекомендовать: включение в лечение всех больных ЖДА микроэлемент содержащих комплексов, воздержание от кровосдачи в течение 5 ближайших лет, сбалансированное питание с достаточным потреблением продуктов, содержащих микроэлементы (железо, медь, цинк), а также применение безопасной контрацепции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абусева З.С. Профилактика алиментарного дефицита железа у женщин детородного возраста в условиях Дагестана: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: — Махачкала. — 1995. — 28 С.
2. Алексеенко И.Ф. Железодефицитные состояния. — М.: Медицина, 1996. — 97 С.
3. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии // Русский медицинский журнал. — 1997. — Т 5, № 19. — С. 1234-1242.
4. Дворецкий Л.И. Гипохромные анемии // Consilium Medicum. — 2001. — Т. 3. — № 9. — С. 433-450.
5. Дворецкий Л.И. Алгоритмы диагностики и лечения анемий // Русский медицинский журнал. — 2003. Т. 11, № 8. — С. 427-433.
6. Казюкова Т.В. Лечение железодефицитной анемии у детей раннего возраста // Педиатрия. — 2000. — № 2. — С. 56.
7. Насолодин В.В., Гладких И.П., Дворкин В.А. Причины, диагностика и лечение железодефицитных состояний населения // Гигиена и санитария. — 1996. — № 1. — С. 18-23.
8. Петухов В.И., Е.Я. Быкова Е.А., Бондаре Д.К., Строжа И.Л. Дефицит железа и селена и демографический кризис в России и Латвии // РМЖ. — 1997. — № 7. — С. 456-457.
9. Прахин Е.И., Фурцев И., Позднякова Л.И., Хатинская С. В. Факторы риска и распространенность железодефицитных состояний у детей раннего возраста // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2000. — № 5. — С. 35.
10. Сафуанова Г.Ш., В.И.Никуличева В.И., А.А.Тимашева А.А. Некоторые подходы к повышению качества лечения пациентов с железодефицитной анемией (опыт «Школы пациента с железодефицитной анемией») // Гематология и трансфузиология. — 2003. — Т. 48, № 5. — С. 25-27.
11. Суханов Ю.С. Диагностика и лечение больных железодефицитной анемией // Вестник службы крови России. — 2001. — № 3. — С. 27-30.
12. Ferguson E.L. Dietary iron intakes and biochemical iron status of 15-49 year old women in New Zealand: is there a cause for concern? // N. Z. Med. J. — 2001. — Vol. 23, № 114(1128). — P.8-134.
13. Gibson R.S., Heath A.L, Ferguson E.L Risk of suboptimal iron and zinc nutriture among adolescent girls in Australia and New Zealand: causes, consequences, and // Asia Pac. J. Clin. Nutr. — 2002, 11 Suppl. — № 3. — S.52-543.
14. Kilbride J. Anaemia during pregnancy as a risk factor for iron-deficiency anaemia in infancy: a case-control study in Jordan // Int. J. Epidemiol. — 1999. — Vol. 28, № 3. — P.8-461.
15. Milman N. Iron status in Danish women, 1984-1994: a cohort comparison of changes in iron stores and the prevalence of iron deficiency and iron overload // Eur J. Haematol. — 2003. — Vo. 71, № 1. — P. 51-61.
16. Paiva A.A. Parameters for the assessment of iron status Rev Saude Publica. 2000 //Rev. Saude Publica. — 2000. — Vol. 34, № 4. — P.6-421.
17. Tamura T. Zinc nutriture and pregnancy outcome //Am. J. Clin. Nutr. — 1987. — Vol. 46. — P.763-771.

ESTIMATION OF RISK FACTORS OF ADVERSE FORECAST OF IRON DEFICIENCY IN ANEMIAS (IDA)

N.M. Balabina
(Irkutsk State Medical University)

The article is devoted to research of risk factors of the adverse forecast of iron deficiency anemias. The establishment of risk factors of the adverse forecast for recover of patients (IDA) has allowed to recommend the actions directed to achievement of remission of this disease.